cerfa n°10170*06
PRN-PRE

avis d'arrêt de travail

☒ initial ☐ de prolongation (*)

volet 1, à adresser au service médical

à adresser, dans les deux jours, à l'organisme d'assurance maladie, à l'aide de l'enveloppe M. le Médecin-Conseil

l'assuré(e)

numéro d'immatriculation 1 85 05 59 178 127 57

nom et prénom DURIEZ François Adrien Georges

code de l'organisme de rattachement

adresse où le malade peut être visité (si différente de votre adresse habituelle) (1) 102, rue des Stations

code postal 59000 ville LILLE n° téléphone : 0683316397

bâtiment : C1 escalier : étage : 3 appartement : 131 code d'accès de la résidence :

(1) l'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence

activité salariée ☒ fonctionnaire ☒ profession indépendante ☐ activité non salariée agricole ☐

sans emploi ☐ date de cessation d'activité précisez votre situation *(voir notice ❶)*

l'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ? *(voir notice ❷)* oui ☐ date non ☒

l'arrêt prescrit fait-il suite à une cure thermale ? oui ☐ non ☒

l'arrêt prescrit est-il en rapport avec l'affection pour laquelle vous êtes pensionné(e) de guerre ? oui ☐ non ☒

(*) si la prolongation de l'arrêt est prescrite par un médecin autre que le médecin traitant ou le médecin qui a prescrit l'arrêt initial, cochez la case correspondante *(voir notice ❸)* :

médecin remplaçant le médecin traitant ou le médecin prescripteur initial ☐ médecin spécialiste consulté à la demande du médecin traitant ☐ à l'occasion d'une hospitalisation ☐

autre cas ☐ précisez et indiquez le motif :

l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale n° téléphone :
e.mail :

adresse

les renseignements médicaux

je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : Mr Duriez François

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au | - *en toutes lettres : (à compléter obligatoirement)* vingt sept Décembre 2019 **et** - *en chiffres* 27 12 2019 | inclus

sans rapport* ☒ en rapport* ☐ avec une affection de longue durée *(voir notice ❶)*

sans rapport* ☒ en rapport* ☐ avec un état pathologique résultant de la grossesse *(voir notice ❷)*

*** sur chaque ligne, une des deux cases doit être obligatoirement cochée**

sorties autorisées : oui ☒ à partir du non ☐

(l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures. Voir notice ❸)

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :

non ☐ oui ☐ à partir du *(voir notice ❹)*

• et prescrit un temps partiel pour raison médicale du au *(voir notice ❺)*

sans rapport** ☐ **en rapport**** ☐ avec une affection de longue durée *(voir notice ❶)*

****une des deux cases doit être obligatoirement cochée**

éléments d'ordre médical *(voir notice ❻)*

Codification du motif médical **OU éléments en toutes lettres :**

Burn out

identification du praticien
(nom et prénom)
DOCTEUR FRANCOIS HOCHEDEZ

01 MEDECINE GENERALE

CONVENTIONNE

date 27/11/2019 signature du praticien

identification de la structure
(raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement)
65 AVENUE POTTIER

59130 LAMBERSART

=> 59 1 08446 2 00 1 23 1 01 n°AM

PRN-PRE S3116h

La loi 78.17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.
Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal et article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale).